

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 32

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paule, Bernadette MARTIN

Née le 29 Avril 1928 à ERVY-le-CHATEL (Aube)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FISTULES BILIO-BRONCHIQUES

PROBLÈMES POSÉS
A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS
PAR LES FISTULES BILIO-BRONCHIQUES
D'ORIGINE HYDATIQUE

Président : Monsieur MONOD (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Paule, Bernadette MARTIN

Née le 29 Avril 1928 à Ervy-le-Châtel (Aube)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES FISTULES BILIO-BRONCHIQUES

O

PROBLEMES POSES

A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS

PAR LES FISTULES BILIO-BRONCHIQUES

D 'ORIGINE HYDATIQUE

-:-

Président : Monsieur MONOD (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
Cliniques Chirur.	(Hôtel-Dieu
	{ Broussais
	{ Salpêtrière
	{ Cochin
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique	{ MERLE d'AU- BIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie	FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè- me nerveux	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	J. BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DÉBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL	Pat. Chir.	(DUBOST
	(DEBEYRE		(FAUREL
	(DELMAS		(FLABEAU
Ana. Path.	(OLIVIER G.	Pat. expé- riment.	(GERMAIN
	Melle GAU-		(GOSSET
	THIER V.		(LAURENCE
Bactério- logie	(BUSSE	Pat. méd.	(LORTAT-JACOB
	(GOUYGOU		(MATHEY
	(CHRISTOL		(OLIVIER (Cl)
Biol. méd.	(NEVOT	Pat. expé- riment.	(POILLEUX
	(BOURLIERE		(THOMERET
	(ETTORI		(VERNE (J M)
Chimie méd.	(POLONOVSKI J	Pat. méd.	(MAURICE
Dermato-syphil.	DUPERRAT		(LOEPER
Embryologie	TUCHMANN		(BOUVIER
Histologie	(BULLIARD	Pat. méd.	(BOUDIN
	(COUJARD		(BRICAIRE
	N...		(BRISSAUD
Hydrologie	(CORNET	Pat. méd.	(CASTAIGNE
Hygiène	(BOYER		(CONTE
	(DEPARIS		(DEROT
	(BASTIN		(DOMART
Mal. infect.	(DEROBERT	Pat. méd.	(LAMOTTE
Médecine)	(GAULTIER		(LAROCHÉ
légale et	(HADENGUE		(MACREZ
du Trav.)	(DAVID	Pat. méd.	(MILLIEZ
Neurochir.	(LHERMITTE		(PEQUIGNOT
Neurologie	(GRASSET		(PERRAULT
	(LE LORIER	Pat. méd.	(RAMBERT
	(LEPAGE		(ROYER
Obstétrique	(MERGER		(THIEFFRY
	(MORIN	Pat. méd.	(TURIAF
	(RAVINA		(WOLFRAMM
Ophtalmo- logie	(ROBEY		(JOSEPH
	(BREGEAT	Pédiatrie	(POLONOVSKI Cl.
	(DESVIGNES		(MOZZICONACCI
Orthopédie	(JUDET	Pharmacol.	(Melle LEVY
Oto-rhino- laryngo.)	(AUBRY		(CHEYMOL
Parasito.	(MADURO		(BARGETON
	(BRUMPT	Physiol.	(DEJOURS
	(CHABAUD		(PARROT
Pat. chir.	(ABOULKER		(DJOURNO
	(BARCAT	Physique médicale	(GOUGEROT
	(BAUMANN		(Pneum. phthis.
	(CAUCHOIX		(KREIS

	MM.		MM.
Psychiatrie.....	{ BARUK PICHOT	Stomato.....	{ CHAPUT Mme CERNEA
Psych. infant.....	MICHAUX	Urologie.....	KUSS
Rhumatologie.....	DELBARRE	Thérapeut.....	CHASSAGNE

III. PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV. PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie.....	COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir.....	PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mé.....	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique }.....	{ ECALLE		{ MARCHAL
obstét. }.....	{ MYER		{ SOULIE
Clinique }.....	{ OFFRET		
ophtal }.....	{ RENARD		

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
Conservateur..... Melle GOICHON
..... Melles DUMAITRE
Bibliothécaires..... LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père,

A ma Mère,

En témoignage d'affection
et de reconnaissance.

A mes Grands Parents,

A mes Frères et Soeurs,

A ma Famille,

A mes Amis,

A mes collègues d'Internat.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. MONOD

Professeur de Clinique de chirurgie
pleuro-pulmonaire à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A nos Juges.

A S.E. Monsieur le Docteur FARAJ
Ministre de la Santé
de l'Empire Chérifien.

A Monsieur le Docteur MESSERLIN
Secrétaire Général du
Ministère de la Santé Publique
du Maroc.

A nos Patrons,

Monsieur le Docteur MEUNIER

Chef du Service de Chirurgie Thora-
cique de l'Hôpital Avicenne de
Rabat

Qui a inspiré cette thèse
et a bien voulu nous aider
et nous conseiller.

Nous l'assurons de notre
respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BESSI

Chirurgien de l'Hôpital Mohamed V de
Meknès

A Monsieur le Docteur DEBIDOUR

Chirurgien de l'Hôpital d'Arpajon

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

A mes Maîtres des Hôpitaux du Maroc

A mes Maîtres des Hôpitaux de Dijon

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES FISTULES BILIO-BRONCHIQUES

o

PROBLEMES POSES
A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS
PAR LES FISTULES BILIO-BRONCHIQUES
D'ORIGINE HYDATIQUE

— 8 —

AVANT-PROPOS

—:—

Au cours de notre Internat dans les Hôpitaux du Maroc relevant du Ministère de la Santé, nous avons eu l'occasion de suivre six cas de fistules bilio-bronchiques. Ces six cas étaient le fait de kystes hydatiques du foie, rompus dans le poumon droit. Nous avons été frappés par la gravité de cette affection et les difficultés de son traitement.

L'actualité de cette question, soulignée par une récente discussion à la Société de Chirurgie Thoracique nous a incitée à en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous voudrions insister d'emblée sur le fait que l'étiologie hydatique nous paraît conférer aux fistules bilio-bronchiques une gravité particulière que n'ont pas les fistules bilio-bronchiques dues à l'amibiase ou à la lithiasie biliaire.

Bien que nous n'en ayons pas observé, la littérature témoigne que les abcès amibiens du foie rompus dans le poumon guérissent par l'émétine et les fistules bilio-bronchiques d'origine lithiasique relèvent d'abord d'une intervention sur les voies

biliaires, capable à elle seule de les guérir. Autrement plus compliqué nous a paru, d'après nos observations, le traitement de l'échinococcose hépato-pulmonaire, puisqu'elle requiert pour guérir la cure radicale, dans le même temps, d'une double lésion pulmonaire et hépatique.

Notre travail, mené dans les services de chirurgie thoracique de l'Hôpital Avicenne, à RABAT et celui de chirurgie générale à l'Hôpital MOHAMED V de MEKNES, nous amènera à envisager surtout les problèmes thérapeutiques posés par les fistules à gros débit. Nous avons délibérément laissé de côté les problèmes de diagnostic et nous nous sommes contentée de rappeler les données anatomo-pathologiques et pathogéniques bien connues depuis les travaux de DÉVÉ. Le problème d'anesthésie a retenu plus particulièrement notre attention.

- I -

OBSERVATIONS

:-

OBSERVATION N° I. (Drs LEBERT, TABY, HETRICK
Hôpital AUVERT - FES)

CHAOUCH BOU... BR...

musulman, 52 ans.

Début en février par un épisode fébrile avec installation d'emblée d'une expectoration très abondante jaune d'or.

A son entrée à l'hôpital, en mai 1954 :

- Température stabilisée à 37°,
- Toux incessante.
- Expectoration 1 litre de bile par jour.
- Gros foie débordant de 2 travers de doigt le rebord costal.

- Radiographie :

- de face : opacité non homogène de la base droite indissociable de l'ombre hépatique.
- de profil : le lobe moyen opaque paraît faire corps avec le foie.

Le malade se cachectisant rapidement, l'intervention est décidée avec le diagnostic de fistule bilio-bronchique par kyste hydatique du foie rompu dans le lobe moyen.

COMPTE RENDU OPERATOIRE (Dr MEUNIER) :

LOBECTOMIE MOYENNE DROITE + CHOLECYSTOSTOMIE.

Anesthésie générale. Sonde de CARLENS.
Position dorso-latérale.

Thoracotomie droite par résection de l'arc antérieur de la 8ème côte. On parvient très rapidement à séparer le lobe moyen du diaphragme et ce faisant à interrompre le flux de bile qui se déverse dans l'arbre bronchique et qui, malgré la sonde de CARLENS, crée d'emblée une condition respiratoire très précaire.

Après assèchement, par l'anesthésiste, des voies respiratoires, la situation un moment très compromise est rétablie et on peut faire le bilan des lésions :

a) Trajet de la face inférieure du segment postéro-externe du lobe moyen qui est très altéré.

b) Trajet à travers le diaphragme de quelques millimètres de large menant à

c) une masse tumorale de la convexité du lobe droit du foie.

On fait d'abord une lobectomie moyenne, sans difficultés particulières : 2 veines, 2 artères, 1 bronche-suture à la Sweet.

Ensuite, débridement de la fistule dont on résèque le trajet à travers le diaphragme. Elle mène à une cavité du volume d'une mandarine du lobe droit du foie au fond de laquelle débouchent plusieurs grosses fistules biliaires à gros débit. La situation de cette cavité au niveau du dome hépatique en rend la marsupialisation impossible. On pense qu'elle se drainera suffisamment par une cholécystostomie et on la ferme en un seul plan au fil de lin (points séparés).

Deux drains sont laissés dans la cavité thoracique au contact du diaphragme suturé ; l'un en avant, l'autre en arrière. Enfin, cholecystostomie sur sonde de Pezzer par une incision séparée pararectale droite.

Transfusion : 5 flacons - Durée : 3 heures : Réveil sur la table.

- Examen de la pièce opératoire : les deux ramoux principaux de la bronche lobaire moyenne sont épaissis et dilatés - le parenchyme est chargé d'anthracose mais ne présente pas de cavité.

- Suites opératoires : Réexpansion totale et rapide des lobes restants. La sonde de cholecystostomie est enlevée au bout d'un mois après vérification par cholangiographie de la perméabilité des voies biliaires et absence de cavité résiduelle.

- Revu au bout de 2 ans : Guéri.

De cette observation, nous retiendrons :

- 1° - La fistule bilio-bronchique s'est installée d'emblée.
- 2° - C'est une fistule abondante, intarissable, ayant altéré rapidement l'état général et déterminé un état cachectique.
- 3° - Le trajet fistuleux paraissait direct entre la cavité hépatique et une bronche segmentaire de gros calibre sans l'intervention d'une cavité pulmonaire.

o°o

OBSERVATION N° 2 (Dr DELONS, Hôpital
Avicenne - RABAT)

Abdelkader BOU... : musulman, 60 ans.

- L'histoire de ce malade comporte deux épisodes :

1° - en 1947 la cure chirurgicale d'un kyste hydatique du foie - le drainage consécutif aurait duré 3 mois.

2° - en 1954 - ce malade est revu pour une suppuration broncho-pulmonaire - l'expectoration purulente atteint 500 cc de pus mêlé de bile en petite quantité. Celle-ci est toutefois mise en évidence par le laboratoire (présence de sels et pigments biliaires).

- A la Radiographie, la base droite est occupée par une image hydro-aérique nettement sus-diaphragmatique.

- En trois semaines avec la pénicilline et l'atropine, l'expectoration tombe à 300 cc, et avec le drainage décline en decubitus latéral gauche, la bile apparaît nettement prédominante.

L'intervention proposée est refusée par le malade qui est depuis perdu de vue.

°°

OBSERVATION N° 3 (Dr JUGNET - Hôpital LOUIS MEKNES)

R'KIA BENT AHM...

Musulmane de 35 ans.

- Le début de la maladie remonte à septembre 1955, époque à laquelle s'installe une suppuration de l'hémithorax droit donnant lieu :

- d'une part à une expectoration verdâtre très abondante,

- d'autre part à un syndrome douloureux de l'hypochondre droit avec subocclusion.

- La radiographie montre d'emblée l'existence d'une énorme cavité de la base droite

avec un large niveau liquidien à la surface duquel ondule une membrane hydatique. La présence de pigments biliaires est reconnue dans l'expectoration.

. Après essai d'assèchement de la cavité par ponction et bronchoscopie, et devant l'installation d'un état cachectique, on fait une pleurotomie a minima. Celle-ci tarit l'expectoration mais le drain recueille de 500 à 700 cc par jour de bile pure.

Devant cette fistule intarissable une intervention est proposée mais est refusée par la malade qui part mourir chez elle. Pas de vérification anatomique.

De cette observation, nous retiendrons :

- La gravité de l'évolution spontanée d'une fistule bilio-bronchique.

- et l'insuffisance d'une simple pleurotomie qui ne fait que substituer à une fistule bilio-bronchique une fistule bilio-cutanée.

°°°

OBSERVATION N° 4 (Dr CALLIE, Hôpital Moulay Youssef - RABAT)

HENIA BENT SEL...

Musulmane âgée de 22 ans.

- Première hospitalisation en février 1956 pour hémoptysie.

- La radiographie montre une déformation en brioche de la coupole diaphragmatique droite . .

- La réaction de Casoni est positive.

- Un pneumopéritoine objective la symphyse hépato-diaphragmatique et on pense

qu'il s'agit d'un kyste hydatique de la convexité hépatique en imminence de rupture dans le lobe moyen.

Refuse l'intervention proposée.

Revue un mois plus tard, le 4 avril 1956.
Expectoration très abondante, purulente.
Fièvre. Leucocytose à 11.000.

La radiographie montre une opacité homogène de la base droite. On ne distingue plus les limites du foie, du diaphragme du poumon. La bronchoscopie trouve des débris de membrane dans la bronche lobaire inférieure droite.

Dans les jours qui suivent se produit une vomique fractionnée de pus et de débris de membrane.

Apparition de niveaux liquidiens sus et sous-diaphragmatiques

A ce moment, l'expectoration passe à 1 litre par jour et devient verdâtre.

Le laboratoire n'objective pas la présence de sels biliaires mais l'existence d'une fistule bilio-bronchique est vraisemblable.

Avec le traitement antibiotique et bronchoscopique quotidien l'expectoration passe en quelques jours de 1 litre à 50 cc, et la base droite se nettoie progressivement.

Le 27 juillet, l'intervention est décidée, la malade ne crachant plus que quelques cc de pus franc.

o

COMPTE RENDU OPERATOIRE (Dr MEUNIER -
Hôpital Avicenne - RABAT).

Lobectomie inférieure droite.
Anesthésie générale.
Intubation trachéale.

Thoracotomie droite intercostale 7ème espace. Plèvre symphysée. Lobe moyen sain facilement clivé du lobe inférieur. Celui-ci s'avère très adhérent au diaphragme. Avant d'en tenter la libération, on contrôle la bronche lobaire inférieure à la façon d'Overholt. Clivage extrêmement laborieux et hémorragique du lobe inférieur avec le diaphragme. Ce faisant, on ouvre la cavité sous-diaphragmatique intrahépatique qui est manifestement la cavité d'un ancien kyste hydatique du foie. Toutefois, la surface en est lisse et il ne s'y ouvre pas de canaux biliaires.

Lobectomie droite facile. Suture bronchique. Bonne aération du lobe moyen. Paroi 3 plans. Le drainage est assuré par un seul drain perforé s'engageant sous le diaphragme à travers la brèche et sortant au niveau des insertions intercostales du diaphragme. Intervention laborieuse et hémorragique.

Suites opératoires simples.

Réexpansion d'emblée complète des lobes restants.

Revue le 8 octobre : Guérie.

Nous tirerons comme conclusion de cette observation :

- qu'au point de vue anatomique la rupture s'est produite dans le lobe inférieur.

- que la fistule bilio-bronchique n'a été qu'intermittente ; elle était cicatrisée au moment de l'intervention -- ce qui a facilité la cure radicale et en particulier l'anesthésie.

OBSERVATION N° 5 (Dr HETRICK et TABY
Hôpital Cocard - FES)

AICHA BENT HOU... TSO...

Musulmane 25 ans.

- Vue pour la première fois en octobre 1956 pour une suppuration broncho-pulmonaire.

Etat fébrile.

Expectoration de 100 à 250 cc de pus mêlé de bile.

- La radiographie (face et profil) montre :

1° - d'une part sous le diaphragme un large niveau liquidien surmonté d'une image de membrane ondulante correspondant à un gros kyste hydatique du foie, rompu.

2° - d'autre part, au-dessus du diaphragme au moins 4 cavités hydroaériques occupant le lobe moyen et le segment antérieur du lobe supérieur et correspondant à autant de kystes pleuro-pulmonaires métastatiques.

- Une bronchoscopie objective l'issue de pus et de bile par la bronche du lobe moyen.

- Une bronchographie lipiodolée met en évidence le passage du lipiodol des bronches dans la sphère hépatique.

- Bien que l'histoire clinique ne remonte pas assez loin pour être reconstituée, il est vraisemblable qu'il s'agit d'une échinococcose hépatique primitive rompue à travers le diaphragme dans la plèvre droite et ayant donné lieu à des métastases sous-pleurales multiples dont l'une

s'est rompue dans le lobe moyen, créant une fistule bilio-bronchique.

- L'antibiothérapie réduit l'expectoration à 40 cc, relève l'état général et permet d'envisager l'intervention.

°°°

OBSERVATION N° 6 (Dr TABY et HETRICK -
Hôpital Cocard - FES)

ABDELMALEK BEN AHM...

Musulman 36 ans.

L'histoire est celle d'une pleurésie purulente de la grande cavité droite chez un sujet porteur d'une hépatomégalie.

La première ponction exploratrice retire de la bile mêlée de pus.

Malgré les ponctions répétées, l'assèchement n'est pas obtenu. Au bout de trois mois, l'hépatomégalie a disparu mais le poumon droit est incarcéré sous une coque de pachypleurite. Le pyothorax intéresse la quasi-totalité de l'hémithorax droit.

Une intervention est décidée.

Celle-ci permet de retrouver les traces d'un ancien kyste hydatique de la convexité du lobe droit rompu dans la plèvre à travers le diaphragme.

o

COMPTE RENDU OPERATOIRE (Dr MEUNIER -
Service de Chirurgie Thoracique -
Hôpital Avicenne - RABAT).

DECORTICATION :

Thoracotomie droite par résection de la

7ème côte de bout en bout. Ouverture de la cavité pleurale qui contient un liquide séro-hématique et des flocons de fibrine. Décortication viscérale et pneumolyse à la Williams. Libération du diaphragme qui est ouvert pour vérifier l'état du foie. Il existe une petite zone de symphyse hépato-phrénique antérieure qui constitue le vestige d'une lésion du dôme hépatique rompu dans la plèvre. On se garde en tous cas de libérer cette symphyse puisqu'il n'existe plus trace de fistule hépato-pleurale.

Deux drains - parois 4 plans - nylon - après expansion très satisfaisante d'un poulmon très anthracosique mais sain.

- Suites opératoires : le retour du poulmon à la paroi est obtenu d'emblée et la guérison complète au bout de 2 mois.

Cette observation de kyste hydatique du foie rompu en plèvre libre, bien que n'ayant pas donné lieu à une fistule bilio-bronchique, nous a paru mériter une place dans ce travail.

°°°

RESULTATS :

- 6 fistules bilio-bronchiques :

3 opérés	3 guérisons
1 à opérer	
2 non opérés	(1 décédé
	(1 perdu de vue.

- II -

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOPATHOGENIQUE

-:-

D'après REBOUD, l'établissement d'une fistule bilio-bronchique suppose :

- l'existence d'une communication avec les voies biliaires,
- l'établissement d'un trajet à travers diaphragme, plèvre et poumon.
- L'ouverture en un ou plusieurs points de l'arbre bronchique.
- Enfin, elle suppose la permanence de la communication.

L'EXISTENCE DE LA COMMUNICATION AVEC
LES VOIES BILIAIRES.-

Les kystes hydatiques du foie en voie de rupture sont en général des kystes anciens, fertiles, à contenu multi-vésiculaire.

Leur siège est en général le lobe droit du foie au niveau de son dôme où ils font souvent saillie, et de sa face postérieure. Ces kystes s'ouvrent alors dans le lobe inférieur du poumon droit. Dans le cas de kystes hydatiques de la face antérieure

l'ouverture se produit dans le lobe moyen.

Pendant leur évolution intra-hépatique, ce sont ceux de la partie supérieure du foie qui selon DÉVÉ s'ouvrent beaucoup plus fréquemment que les autres dans les voies biliaires intra-hépatiques et ils le font dans les branches droites du canal hépatique.

Ce sont les altérations de l'adventice qui permettent l'envahissement bilieux du kyste. Cette membrane non parasitaire est accolée à la vésicule proligère et constituée de parenchyme hépatique tassé et momifié. Elle est d'autant plus épaisse que le kyste est plus ancien s'imprégnant de concrétions calcaires. Sous la pression du kyste, les vaisseaux biliaires à l'opposé des vaisseaux sanguins qui sont comprimés et finissent par s'oblitérer, restent perméables, mais sont altérés, ectasiés par endroits. L'adventice va se fissurer peu à peu, du fait des réactions inflammatoires périkystiques.

La membrane proligère n'est pas capable de résister à la tension liquidienne intrakystique, se rompt, entraînant également la rupture de canaux biliaires altérés. La communication entre le kyste et les canaux biliaires est ainsi établie.

D'après DÉVÉ, le reflux de bile à l'intérieur du kyste en apportant des germes serait le principal facteur de nécrose de la capsule.

WECHSELMANN pense qu'il se produit à un moment donné une nécrose partielle du kyste avec exfoliation de l'adventice kystique entraînant l'ouverture de canaux

adjacents et dans un second temps la vidange du kyste.

ARDAO est aussi de cet avis. La constitution d'un kyste hydatique entraîne un remaniement de canalicules biliaires au niveau de la capsule, avec formation de véritables lacs biliaires communiquant entre eux. Cette opinion est basée sur l'étude de coupes microscopiques de cavité résiduelle hydatique montrant l'émergence de nombreux canalicules au sommet de petits mamelons constitués par un tissu de granulation. Ce serait donc pour lui l'exfoliation de cette capsule atteinte de dégénérescence granuleuse et de nécrose qui ouvrirait dans la lumière kystique les néocanalicules qu'elle contient.

La physiopathologie de ces ruptures a été étudiée à l'aide de radiomanométrie par BOURGEON qui met en évidence l'influence réciproque de l'ouverture interne spontanée et du drainage externe chirurgical.

Le drainage biliaire permet l'effacement de la cavité intra-hépatique, ce qui explique la disparition totale de toute lésion apparente au cours de l'intervention comme dans les observations n° 4 et 6.

L'ETABLISSEMENT DU TRAJET THORACO-ABDOMINAL.-

Après l'action mécanique de distension par le kyste, l'influence de l'infection est primordiale. Elle crée :

- d'une part, des adhérences entre plèvre et péritoine qui immobilisant l'hémi-diaphragme peuvent provoquer une atrophie des fibres musculaires qui seront alors plus facilement attaquées.

- d'autre part, des abcès interstitiels qui seront à l'origine du futur trajet fistuleux plus ou moins tourmenté.

L'OUVERTURE DANS L'ARBRE BRONCHIQUE.-

D'après REBOUD, cette ouverture peut se produire suivant 2 types : soit une communication simple, soit avec apparition d'une caverne pulmonaire.

- La communication simple : résulte de l'abouchement du trajet fistuleux directement dans une bronche de calibre plus ou moins important, généralement segmentaire.

La bile drainée directement a pu entraîner des modifications du parenchyme pulmonaire. Bien souvent, l'expectoration de bile n'a été que transitoire et l'existence de cette fistule bilio-bronchique n'est soupçonnée que par la persistance de l'expectoration, la mise en évidence par la bronchographie lipiodolée, ou au cours de l'intervention (observation n° 4).

LA CAVERNE.-

Résulte d'une véritable porte de substance pulmonaire.

L'action nécrosante de la bile en serait responsable.

Cette caverne siège dans le lobe moyen (observation n° 5) ou dans le lobe inférieur (observation n° 4). De l'existence ou non de la caverne dans les fistules bilio-bronchiques découlera le traitement car elle n'a aucune tendance à la régression spontanée, après drainage, selon REBOUD.

Il importe que la bile puisse s'écouler par les voies normales mais cela est insuffisant. Il faut également traiter directement la lésion pulmonaire.

LA PERMANENCE DE LA COMMUNICATION.-

Elle est entretenue lorsqu'il existe un obstacle ou un spasme au niveau des voies biliaires extra-hépatiques. La cure chirurgicale de la fistule bilio-bronchique comporte donc le rétablissement du cours normal de la bile qui est une condition nécessaire sinon suffisante. C'est ce qui a motivé dans notre observation n° I une cholécystostomie pour permettre le drainage de la cavité hépatique résiduelle.

Elle est réelle lorsqu'il existe une caverne. Dans ce cas, la voie biliaire peut être libre, mais la bile est aspirée dans la cavité au moment de l'inspiration du fait de l'hypopression thoracique. La bile s'écoule donc plus facilement par cette voie surtout qu'il existe une certaine pression à vaincre dans les voies biliaires.

De la relation de ces observations et après ce rappel anatomique et physiopathogénique, on peut dégager les particularités des fistules bilio-bronchiques d'étiologie hydatique.

1° - Il faut souligner l'absence d'obstruction des voies biliaires ; aucune de ces observations ne comporte ni ictère ni décoloration des selles. Ce fait n'est pas surprenant puisqu'il s'agit de kyste de la convexité du lobe droit à évolution thoracique.

2° - Le deuxième fait à souligner et qu'il faut bien les observations n° 4 et 5 est l'existence d'une cavité pulmonaire du lobe moyen ou du lobe inférieur. Celle-ci représente soit une abcédation pulmonaire au cours de la migration d'un kyste hydatique suppuré du foie, soit l'évolution pour son propre compte d'un kyste métastatique.

3° - Ainsi s'explique que les fistules bilio-bronchiques d'origine hydatique soient des fistules à gros débit entretenues par la présence d'une cavité pulmonaire faisant office d'aspirateur biliaire.

C'est par l'importance de leur débit, qui peut atteindre dans ces observations plus d'un litre par jour, que ces fistules constituent un danger pour le malade. Ce danger est double :

1° - la déperdition biliaire entraîne un état de dénutrition en tout point comparable à celui des fistules biliaires externes après intervention sur les voies biliaires et une avitaminose K responsable d'hémorragie per ou post-opératoire.

2° - l'autre risque est celui d'inondation pulmonaire per-opératoire du poumon opposé.

Nous allons étudier les problèmes posés sur le plan thérapeutique par ces fistules à gros débit.

- III -

PROBLEMES THERAPEUTIQUES

—:—

Nous étudierons :

- 1° - les mesures pré-opératoires
- 2° - l'anesthésie
- 3° - la tactique opératoire.

o°o

1° - LES MESURES PRE-OPERATOIRES :

Elles visent à la réduction du débit de la fistule et à la compensation de la déperdition biliaire.

a) Comment réduire le débit de la fistule:

- Le drainage postural : le decubitus latéral gauche déclive est capable d'améliorer les conditions de drainage d'une cavité pulmonaire en rétention. Il est indiqué d'y recourir lorsqu'on obtient ainsi une augmentation des évacuations purulentes. Il est inopportun lorsqu'il agit sur le seul flux biliaire.

- Les méthodes médicamenteuses : l'atropine a été utilisée dans une de nos observations, ce médicament n'a pas eu d'effet

sur la quantité de bile recueillie dans le crachoir mais a pu améliorer le catarrhe bronchique.

- Par le recours aux cholagogues et en particulier aux sulfates de magnésie, certains auteurs (DOR) ont pu faire diminuer, mais transitoirement, le débit de la fistule.

- Les antibiotiques, peuvent utilement contribuer à la désinfection des cavités hépatiques ou pleuro-pulmonaires surinfectées. Il peut être utile de les introduire directement dans les cavités soit par ponction quand il s'agit de cavité pleurale, soit par cathétérisme bronchique.

Les bronchoscopies peuvent aussi contribuer au même but. Dans une de nos observations (n° 4) elles ont permis d'évacuer les débris de membrane et de réduire considérablement le volume d'une grosse cavité hydatique du lobe inférieur.

b) Peut-on compenser la déperdition biliaire :

1) L'administration systématique de préparation à base de sels biliaires et de vitamine K peut prétendre maintenir le taux de prothrombine à un chiffre normal. Nous n'avons, en tout cas, pas constaté de tendance hémorragique du fait d'un défaut de coagulation.

2) Quant à l'état de choc chronique dans lequel se trouvent ces malades, il paraît beaucoup plus difficile à surmonter et doit inciter à intervenir précocement.

2° - LE PROBLÈME DE L'ANESTHÉSIE :

Même si le traitement pré-opératoire a réussi à réduire notablement le débit de l'expectoration, celle-ci reste habituellement encore suffisamment abondante pour faire courir à l'opéré un risque grave lié à l'inondation du poumon au cours de l'intervention. Le risque existe jusqu'à ce que le chirurgien soit parvenu à couper le circuit hépato-biliaire. Les solutions proposées sont multiples.

1) L'anesthésie locale : on sauvegarde ainsi le réflexe tussigène, mais il est impossible de mener à bien une cure radicale devant comporter une ouverture thoracique large ou une résection pulmonaire. L'anesthésie locale permettrait tout au plus de réaliser une intervention palliative (pleurotomie ou pneumotomie) telle qu'on peut être amené à l'envisager chez un cachectisé ou un taré.

2) différentes positions opératoires ont été préconisées.

- La position d'OVERHOLT très efficace : le malade est couché sur le ventre, la tête basse, côté non opéré surélevé. Cette position a l'avantage supplémentaire de permettre par une thoracotomie postéro-latérale de réaliser facilement et rapidement le contrôle premier de la bronche souche.

- Le decubitus latéral proclive est préféré par MATHEY, le malade est installé sur le côté sain, la tête et le thorax surélevés, ce qui a l'avantage de faire stagner les sécrétions dans les parties déclives du poumon malade.

L'aspiration ne peut alors les atteindre mais elle ne risque pas d'envahir le poumon sain. De plus, cette position a l'avantage anatomique de permettre l'abord du pédicule pulmonaire par toutes ses faces.

3) La protection du poumon opposé peut être plus sûrement obtenue par l'un des procédés d'exclusion suivants :

- Le blocage bronchique par une mèche tassée dans la lumière de la bronche ou par une sonde à ballonnet, insufflable, mise en place sous contrôle endoscopique. Cette méthode a pour inconvénient d'emprisonner l'air du poumon malade, ce qui est une gêne en cours d'intervention. Elle n'est pas à l'abri d'un déplacement possible de la mèche. Pour ces raisons, elle est presque abandonnée au profit de :

- L'intubation bronchique gauche :

Ses inconvénients sont semblables à ceux du blocage. Un court circuit artério-veineux se trouve créé, diminuant l'hématose et entraînant une anoxie croissante jusqu'au temps de ligature des artères pulmonaires.

L'intubation et le blocage bronchiques ne constituent donc pas la méthode de choix. On leur préfère actuellement la sonde de CARLENS.

- La sonde de CARLENS : c'est un tube à double lumière, pourvu d'un petit ergot qui, lorsque la sonde est en place, bute sur la bifurcation trachéale et empêche sa progression. Son extrémité est alors engagée dans la bronche souche gauche et la lumière prévue latéralement pour la

bronche droite se trouve en regard de celle-ci. La sonde est munie de deux ballonnets insufflables, l'un au niveau de la bronche gauche, l'autre au niveau de la trachée qui permettent de réaliser un montage étanche.

L'emploi de la sonde de Carlens présente des avantages incontestables : la possibilité d'exclure un côté, d'aspirer les sécrétions à l'aide d'un cathéter mince sans risque d'anoxie. Elle permet de regonfler le poumon malade afin de neutraliser les effets de court circuit artério-veineux et aussi de juger en cours d'intervention des limites de la zone à enlever.

4) Choix du procédé : Théoriquement, donc, la sonde de Carlens réunit les meilleures conditions de protection : malheureusement elle n'est pas toujours utilisable.

Il n'en existe pas de modèles pour enfants. Sa mise en place est parfois difficile et imparfaite, notamment, lorsqu'il existe une coudure trachéale ou une sténose de la bronche souche gauche ou lorsque l'onglet chevauchant mal la bifurcation trachéale, l'orifice de la bronche droite ne se trouve pas en regard de la bronche souche droite. Chaque fois que la sonde de Carlens est inutilisable, il faut recourir à certains artifices de tactique.

3° - TACTIQUE OPERATOIRE :

1) Choix de la voie d'abord : thoracique ou abdominale. La tactique opératoire dans la cure de fistules bilio-bronchiques a fait récemment l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie thoracique. Deux

attitudes se sont affrontées.

a) Les partisans de la cure par voie abdominale ont en vue, en premier lieu :

- le traitement de la lésion inflammatoire cause de fistules bilio-bronchiques, qu'il s'agisse d'un abcès sous-phrénique amibien ou non, d'une lithiase du cholédoque ou d'un kyste hydatique du foie. Selon l'origine, on procédera à un drainage ou à une marsu-pialisation de la cavité.

- Le rétablissement du cours normal de la bile qui est d'une nécessité absolue.

- La fermeture du diaphragme : ce temps ne semble pas indispensable.

Razemon a exprimé ainsi son avis : "les deux premiers temps sont les seuls qu'il faille utiliser car l'expérience montre que les deux conditions étant réalisées, la fistule bilio-bronchique se ferme seule".

b) Les partisans de la cure par voie thoracique : objectent que celle-ci seule leur permet de mettre en évidence les lésions pulmonaires et en conséquence de les traiter. En même temps, il y a possibilité d'explorer le dôme hépatique et de le drainer s'il y a lieu. La suture du diaphragme est également possible. Mais cette voie évidemment ne donne pas la possibilité d'aborder les voies biliaires.

Dans le cas qui seul nous intéresse, des fistules bilio-bronchiques d'étiologie hydatique, le choix de la voie thoracique est commandé par les deux notions suivantes :

1/- l'existence de fistules à gros débit que la sonde de Carlens n'est pas toujours apte à contrôler efficacement.

2/- la présence habituelle d'une cavité pulmonaire du lobe inférieur ou du lobe moyen faisant office de réservoir et nécessitant une résection.

2) EN FONCTION DE CES DONNÉES, le déroulement de l'intervention peut être schématisé de la façon suivante :

a) Thoracotomie droite : l'incision à travers le huitième espace et l'écarteur de Finochietto permettent d'exposer largement le poumon, le diaphragme et le lobe droit du foie.

b) Temps pulmonaire :

- libération des lobes moyen et inférieur : du côté costal et médiastinal, il n'y a en général pas de difficultés.

- La libération d'avec le diaphragme est en général plus difficile et risque d'ouvrir le trajet fistuleux ou une cavité du parenchyme dans le lobe moyen ou inférieur.

- Le contrôle du pédicule du lobe moyen peut se faire assez aisément par voie médiastinale antérieure.

- Le contrôle des éléments du lobe inférieur exige le clivage de la scissure qui est habituellement bloquée par la sclérose.

- Lorsque ce temps de résection pulmonaire s'avère être difficile, et que l'anesthésiste signale un encombrement bronchique, mieux vaut aller contrôler provisoire-

ment la bronche souche droite à la façon d'OVERHOLT et sous le couvert de la protection ainsi acquise, pour suivre tranquillement la dissection du pédicule lobaire.

Bien entendu, la résection pulmonaire sera la plus économique possible. Parfois, on peut se contenter d'enlever le lobe moyen ou la pyramide basale ; mais on peut à l'inverse être amené, du fait de l'état des scissures, ou de l'infiltration des pédicules, à pratiquer une bi-lobectomie.

DOR a dû même faire une pneumonectomie, la cavité s'étant développée aux dépens des trois lobes.

c) Temps diaphragmatique : Le trajet fistuleux à travers le diaphragme étant reconnu, on le résèque et à partir de la brèche ainsi pratiquée, on ouvre largement le diaphragme pour exposer le foie.

d) Le temps hépatique : on a intérêt à respecter la symphyse hépto-diaphragmatique, qui s'est faite autour de la cavité kystique. Celle-ci apparaît tantôt détergée tantôt encore encombrée de débris de membrane. Il est facile d'y placer un drain que l'on fera sortir à la peau par une contre-incision abdominale latérale ou intérieure.

Ce drain est mis en siphonnage, l'aspiration est inutile, même nuisible.

e) La reconstitution du diaphragme est en général aisée, malgré la perte de substance que la résection du trajet a pu lui faire subir. On conçoit que dans certains cas, une plastie soit nécessaire;

f) Le drainage de la cavité thoracique se fait par un drain couché sur la face supérieure du diaphragme et sortant sur la ligne axillaire par le neuvième espace . Ce drain est mis en aspiration.

Le principe d'un drainage séparé des cavités thoracique et abdominale , de part et d'autre d'un diaphragme minutieusement reconstitué, semble être un élément non négligeable du succès de ces interventions.

Les suites opératoires n'offrent aucune particularité. Comme dans toute résection pulmonaire, il faut s'efforcer d'obtenir le plus rapidement possible, le retour du poumon restant à la paroi et l'effacement de la cavité pleurale.

La prolongation des suites opératoires est plus souvent le fait de la cavité hépatique dont la cicatrisation peut exiger plusieurs semaines de drainage.

Tel est le déroulement schématisé de ces interventions. Il est des cas qui peuvent comporter la nécessité d'un contrôle des voies biliaires, ce fut le cas dans notre observation n° I.

Dans ce cas, la cavité hydatique siègeait très haut sur la convexité hépatique et son drainage par voie abdominale aurait ouvert le péritoine libre. Plutôt que de la drainer à travers le thorax, elle fut abandonnée sous le diaphragme solidement reconstitué et une cholecystostomie pratiquée dans le but d'en assurer le drainage indirect.

- IV -

CONCLUSIONS

:-:-

1° - La rupture d'un kyste hydatique du foie se fait dans le lobe moyen ou dans le lobe inférieur du poumon droit en créant une fistule bilio-bronchique de gros débit.

2° - Le circuit ainsi créé, comporte habituellement une cavité pulmonaire qui fait office de réservoir aspirateur de bile.

3° - La chirurgie de ce type de fistules bilio-bronchiques doit se faire sous le couvert d'une anesthésie assurant la protection du poumon opposé contre le risque d'inondation.

La sonde de Carlens paraît le moyen le plus sûr d'assurer cette protection.

Malheureusement, son utilisation n'est pas toujours possible et le contrôle per-opératoire rapide de la bronche de drainage ou de la bronche souche sera souvent nécessaire.

4° - Une voie d'abord thoracique est seule capable de mener à bien une

cure radicale tenant compte des trois éléments lésionnels :

- pulmonaire,
- diaphragmatique,
- hépatique.

5° - La simplicité des suites opératoires est assurée par le drainage séparé des cavités thoracique et abdominale de part et d'autre d'un diaphragme solidement reconstitué.

- :-

Vu :
Le Président :
signé : R. MONOD

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ADAM

Brit. Med. p. 836 1890

ALBASANZ et GALLAN

Fistules bilio-bronchiques

Med. Col. 10 nov. 1947 10 5 p. 346-
355 (Madrid)

ARCE

Fistule bilio-cutanéobronchique dans
le kyste hydatique

Bol. y Trab. Ac. Argentina de Cir.
29 août 1945

ARDAO

Arch. Uruguayo de Med. Cir. y Esp.
(Montevideo) 38 I 1951

BARDOREL

Thèse Bordeaux N° 101 1918

BRISTOW

Tr. Path. Soc. London 9 285 1858

BRUHL et LYON-CAEN

Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux
de Paris 1909

BURGESS

Brit. J. of Surg. 9 253 1921

CADOT

Gazette des Hôpitaux N° 97 1874

CANALS MAYNER

Fistule bilio-bronchique (I cas)

XX Ann. Med. Barcelone avril 1947

ou clin. med. Barcelone 2 août 1946

T. VII p. 152

CANALS MAYNER

Minnesota med. 1948 T. XXXI n° 4 p.13

CAMAVO et COLA

Radiol. Med. T. XVII n° 245 1931

CARTER

Brit. Med. J. 1889 (1119)

CASILIE et J. VIEROY

Complications thoraciques des suppurations hépatiques

Med. Tropicale 1943 44 p. 4-31

CATTANI

Fistule hépto-pulmonaire

Gazette Méd. Ital. T. XLVIII 1888

(305)

CAYET

Fistules biliohépatobronchiques

Thèse Paris 1888

CHAMPONNIER

Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches

Thèse Montpellier 1911

CHALNOT et GROSDIDIER

A propos d'une fistule bilio-bronchique

Soc. Med. de Nancy 1953 in Presse Med.

61 n° 26 1953

CONSTANTINI, LOUBEYRE et LIARAS
Fistules bilio-bronchiques pneumo-
péritoine explorateur
Algérie Médicale oct. 1937

COURVOISIER
Beitr. z. Path. u. Chir. der Gallen-
wege

de GENARO
Riforma Medica 1946

DELEPINE et SISLEY
Semaine Médicale 1890

DEVE
Les kystes hydatiques du foie 1905
L'ouverture du kyste hydatique du
foie dans le poumon et les bronches
5ème Congrès Fédéral de Soc. Med
d'Algérie-Tunisie-Maroc 1935

DMIBRENKO
Wrach. Gaz. 1909 p. 1

DOR et REBOUD
Le Poumon 1952 8 p. 847
Les fistules bilio-bronchiques com-
plètes

DRESCHFELD
Lancet 1879 II p. 867

DUPONT et LYON-CAEN
Gazette des Hôpitaux 1909

EICHLER
Berlin Klin. Woch. 1905

ESCHENHAGEN
Deutsche Med. Woch. 1902

ESCUDERO TERRADA et GALLEIO
Exploration radiologique des fistules
hépatobronchiques
Revue de la Société de Méd. Int.
Buénos-Aires 1925 p. 563

FELIX
Bronchial Gallenfister Corr. Blatt.
f. Schweitz Artz 1903 XXXIII p. 250

FILETTI
Le diagnostic radiologique des fistules
hépatobronchiques
Réforme médicale 1888 p. 1402

FICHEZ
Thèse Lille 1932

FOARD
New-Orleans M. and J. 1866 XIX p.192

FORTIN
Thèse Paris 1941

FRANCHINI J.
Thèse Marseille nov. 1954

GASTON
Brit. Med. J. 1885 p. 325

GESCHMIND
Thèse Montpellier 1894

GIORNELLI
Contribution anátomo-clinique et radiologique à l'étude des fistules bilio-bronchiques
Ann. Facolta med. Chir. Perugia XXX
VII 1936

GIRGISS
Jour. Egypt. Med. Assoc. 22 p. 402 1939

GOURVES

Thèse Bordeaux 1936

GRAHAM

Brit. Med. J. 1897 I p. 1397

GRALL

Path. exotique Paris 1920

HERBEAU et CHESNEAU

La Sonde de Carlens. Le Poumon n° 8
oct. 1952

IDO et GESUDA

Beitr. z. Path. Ana. 52 p. 577 1912

KOURIAS (BAUMANN rap.)

Modalité du traitement chirurgical
des kystes hydatiques du foie rompus
dans les bronches.
Ac. de Chir. déc. 1953

LAIRD

Bilio bronchial fistule
An. of Surgery 1932

LEPICARD

La vomique hydatique pulmonaire
Thèse Paris 1912

LEVRAT, ROCHE, BRETTE et BOUVET

LYON Méd. 1952 n° 16 p. 2410
Fistules bilio-bronchiques influencées
favorablement par la terramycine

LOE A.O. et LOE R.H.

Fistule bilio-bronchique J. Clin
North America 10 p. 1109-1117 oct. 1930

LUZZATTO

Congresso di Medecina Inter. Rome
1891

MAC DONALD

Pulmo biliary fistula. Lancet 1890 II
(973)

MANDARD

Thèse Paris 1854 n° 301

MASCIOTTRA et CHILESE

Un cas de fistule bilio-bronchique
hydatique
Revista med. Quiring Path. Fem.
Buenos Aires juillet 1935

MATROSOV

Fistules bilio-bronchiques
Vestnic Klin. 1936 T. XLIII p. 100

J. MORTON et PHILIPPS

Fistules broncho-biliaires
Arch. of Surgery march n° 3 vol. 16
p. 698

MORVAN

Thèse Bordeaux 1888

NARIO C.V.

Cavernes hidaticos del higado con
dehiscencia bronquial
Prensa medica Argentina vol. 35 n° 27
2 juillet 1948

NERMORD

Thèse Paris n° 239 1891

OETIKER

Schweiz med. Wochenschr. 56 501 1926

OLIANI

Les fistules bilio-bronchiques
Ann. Ital. di Chir. 1923 II p. 1075

PERRIER

Thèse Lyon 1900

PETRIDES

Bull. et Mém. Soc. Nat. de chirurgie
1925 p. 751

PICCININI

Etude clinique et radiologique d'un
cas de fistule bilio-bronchique
Ann. Italiani di Chirurgia 1940

RAZEMON, BIZARD et LAMBRET

Revue de Chirurgie 52 1933 p. 485

REBOUD

Ann. Chir. 18 août 1954

ROBSON

Fistule bilio-pulmonaire
Practitioner 75 12 1905

SAUVAGE

Mem. Ac. Chir. 1947 73 600

SEELEG et SINGER

Fistule broncho-biliaire
Ann. of Surgery 1926

SHEDROCO

Un cas de fistule bilio-pulmonaire
South African Med. 20 août 1946

SILVESTRINI

Un cas de fistule hépato-pulmonaire
Polyclinico Sezione Pratica XLII p.
1480 1935

SMITH et RIGBY

Brit. Med. J. 2 313 1903

SOLER ROIG

Fistule bilio-bronchique
Ann. de Méd. y Cir. Barcelone 44
1949 p. 25 44

SUGIMURA

Fistule bilio-bronchique

Zschr. Japan Chir. Gesellsch. 1935

TOOLE H., PROPATORIDIS J. and PANGALOS N.

Intrapulmonary rupture of hydatid cysts
of the liver thorax

vol. 8 n° 4 déc. 1953

TYRMAN

Arch. f. Klin. Chir. 89 434 1909

VAN WIJHE et HAMMER

Nederl. Tidschr. V.

Geneesch. 67 771 1923

YATES

Un cas de fistule bilio-bronchique

Brit. Med. J. 2 1117 1922

VALENCE

Revue de Chirurgie 1909

- VI -

TABLE DES MATIERES

- 0 -

	Pages
AVANT-PROPOS	17
I - OBSERVATIONS	19
II - RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIO-PATHOGENIQUE	29
- existence de communica- tion avec les voies biliaires	29
- établissement du trajet thoraco-abdominal	31
- ouverture dans l'arbre bronchique	32
- permanence de la communi- cation	33
- conclusion	33
III - PROBLEMES THERAPEUTIQUES	35
a) Les mesures pré-opératoires: débit de la fistule, déperdi- tion biliaire	36
b) Le problème de l'anesthésie	37
1) anesthésie locale	37
2) positions opératoires	37

3) protection du poumon par :	
- blocage bronchique	
- intubation bronchique	
- sonde de Carlens	38
4) Choix du procédé	39
c) La tactique opératoire	39
- choix de la voie d'abord	39
- abdominale	40
- thoracique	40
- Déroulement de l'intervention	41
- thoracotomie	41
- temps pulmonaire	41
- temps diaphragmatique	42
- temps hépatique	42
- reconstitution du diaphragme	42
- drainage de la cavité thoracique	43
- suites opératoires	43
IV - CONCLUSIONS	45
V - BIBLIOGRAPHIE	47
VI - TABLE DES MATIERES	55

